

THÈSE

109

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Juan Antonio QUIJANO V.

Né le 28 Février 1906 à, Florida (Valle) Colombie (Amérique du Sud)

La Lèpre en Colombie

Président : M. TANON, Professeur

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Juan Antonio QUIJANO V.

Né le 28 Février 1906 à, Florida (Valle) Colombie (Amérique du Sud)

La Lèpre en Colombie

Président : M. TANON, Professeur



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

i. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET

Clinique médicale	LOEPER. CARNOT. CLERC. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO. GOSSET. GRÉGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Professeur sans chaire	DOVELACQUE. MULON. OLIVIER. VERNE. MOIGNOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.).. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 FEY. Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD. Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN.. .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE. Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neuro-psychiatrie.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX. Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

**IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent**

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BROCC.	Clinique chirurgicale. (suite)
ALAJOUANINE		CADENAT	
AUBERTIN		GATELLIER ...	
BRULE		HEITZ-BOYER..	
Chabrol.....		MOURE	
CHIRAY		QUENU	
DONZELOT. ..		SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
DUVOIR		VELTER	
LIAN			
PASTEUR - VAL-			
LERY-RADOT .		GUÉNIOT.	
SÉZARY.		LE LORIER...	
		LEVY-SOLAL ..	
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE,

A MES FRÈRES,

A MA FAMILLE,

A MES GRANDS AMIS DE PARIS,
Madame et Monsieur Maurice CHIQUET,

ET A LEUR NIÈCE,
Mademoiselle Jeanine SABATIER,

Très cordialement.

A MES CAMARADES D'ÉTUDES,

A MES AMIS,

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
Monsieur le Professeur TANON,
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
de Paris,
Professeur de Médecine Coloniale,
Conseiller technique du Ministre de la Santé Publique,
Inspecteur général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police,
Officier de la Légion d'Honneur,

*qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse et qui a mis à notre
disposition sa bibliothèque si com-
plète sur les maladies tropicales.*

*Remerciements et hommage de notre
profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE REIMS

MA MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS,

A MON JURY DE THÈSE,

A MONSIEUR LE DOCTEUR Aarón BENCHETRIT,

Docteur de la Faculté de Médecine de Paris
et de la Faculté de Médecine de Caracas (Vénézuëla),

Ancien Médecin Directeur et Administrateur
des Léproseries du Vénézuëla,

Directeur de la revue *Archivos de Lèpra*, publiée
mensuellement à Bogotà.

*qui, avec une grande délicatesse, a
bien voulu nous faire parvenir les
dernières statistiques et travaux
faits sur la lèpre en Colombie.*

*Nos remerciements sincères et notre
très respectueuse reconnaissance.*

AVANT-PROPOS

Dans les anxieux moments de soutenir la thèse que représente pour nous la boucle de la carrière d'étudiant et une étape mémorable dans le trajet de notre existence, nous sentons que simultanément arrivent à notre esprit pour se confondre, les émotions les plus variées.

Notre pensée s'envole à travers la distance vers ceux qui ont accepté avec résignation la longue absence de leur fils et qui à force de sacrifices nous ont donné les moyens de couronner sans soucis cette belle et humanitaire carrière.

Avec la joie de retourner dans notre pays à qui nous devons la moitié de notre éducation, nous emportons la gratitude que nous devons à nos professeurs de Paris et de Reims et les conseils scientifiques qui nous ont donné, seront notre guide dans la vie professionnelle.

Que cet humble travail soit une reconnaissance pauvre en vérité aux grands efforts de mes parents dont la loyauté de caractère m'a toujours guidé; à mon frère et à ma sœur qui m'ont aidé malgré leur jeune âge; à ma patrie aussi chère que lointaine qui, se voyant menacée par le terrible fléau de la lèpre, a tout fait pour la combattre de la façon aussi énergique qu'il le fallait.

GEOGRAPHIE

La Colombie est une des dix Républiques qui, jointes aux Guyanes, forment le Continent Sud Américain.

Situation

Située dans la partie nord-ouest du Continent et sous l'Equateur, est considérée au point de vue géographique comme un pays tropical, entre les degrés 3 et 12 de latitude Nord et 82 et 69 de longitude ouest de Greenwich.

Etendue

La Colombie mesure 1.283.500 kilomètres carrés, c'est-à-dire deux fois la grandeur de la France ou de l'Allemagne. Sa plus grande longueur est du nord au sud et est politiquement divisée en quatorze départements et quatre comisaries.

Limites

Baignée par les Océans Pacifique et Atlantique, le premier dans son littoral ouest et le deuxième dans le nord-est, font d'elle un pays privilégié en le compa-

rant à ce point de vue avec les autres nations Sud-Américaines.

Citons, en passant, les ports respectifs : Buenaventura, sur le Pacifique; Cartagena et Puerto-Colombia, sur l'Atlantique; tous les trois d'une grande importance commerciale.

Vers le nord, limite avec Panama et la Mer des Antilles; vers le sud, avec les Républiques de l'Equateur, Pérou et Brésil; vers l'est, avec le Venezuela et encore une partie du Brésil.

Population

Les 8 millions d'habitants de la Colombie, appartiennent, dans leur plus grande majorité, à la race blanche; les nègres qui habitent les endroits ardents, les autoctones ou indiens purs qui habitent les parties froides et aussi un grand mélange desdites trois races.

Structure générale

Dans la partie la plus septentrionale du pays, la Cordillère des Andes se divise en trois grandes branches : occidentale, centrale et orientale; dans leur trajet à travers le pays, ces grandes branches sont reliées par des ramifications qui forment des vallées plus ou moins grandes; dans certains endroits de ces groupes de montagnes on trouve la neige éternelle et presque tout le long de la cordillère il y a de nom-

breux volcans, dont la plus grande partie sont en activité.

Climat

La variété de climat dans le pays conséquence même de sa structure montagneuse et l'humidité de certaines régions font que la plus grande partie des maladies tropicales s'y trouvent. On peut décrire quatre zones correspondantes à ces divers climats :

1° La *tierra ardiente* : qui comprend les régions basses ou vallons qui suivent les cours des grands fleuves ndroits extrêmement chauds où la température monte à 35 et 40 degrés C.

2° La *tierra caliente* : ou chaude qui comprend les hautes régions s'élevant jusqu'à 3.000 pieds et qui correspond aux vallées.

3° La *tierra templada* : ou zones tempérées dont l'altitude est comprise entre 3.000 et 6.000 pieds.

4° La *tierra fria* : ou froide qui comprend les régions situées entre 6.000 et 10.000 pieds.

PRINCIPALES MALADIES DU PAYS

Comme partout ailleurs le moustique se développe à l'ombre des bois l'humidité et la pourriture des feuilles lui étant un terrain propice de même que dans les endroits marécageux. C'est là où l'on trouve le paludisme la fièvre jaune plus rarement ainsi que la filariose. Les plantations de café sont également recherchées comme demeures des anophèles.

Le pian dans quelques régions, l'uncinariose, connue aussi sous le nom de jipatera, tun-tun ou anémie tropicale est une des plus abondantes dans le pays.

Dans les mêmes régions on trouve moins fréquemment la dysenterie aussi amibienne que bactérienne, les trichomonas, le *Balantidium Coli*, leishmanioses et vers nématodes dont la présence dans l'organisme humain, donne également les mêmes symptômes dysanteriques.

Dans plusieurs localités de Colombie les fièvres à spirochoetes, peuvent s'observer, dues à *spirochoeti duttoni* ou à d'autres espèces, qui semblent être transmises par les ornithodorus.

Il y a certains foyers de tuberculose; cependant

la tuberculose pulmonaire a été rare à Bogota pendant les derniers trente ans.

L'hypertrophie du corps thyroïde avec ou sans crétinisme s'observe aussi dans certaines contrées.

Le Beri-beri dans quelques régions et comme il est rare, son diagnostic différentiel est difficile avec l'ataxie locomotrice, et la névrite alcoolique causée en grande partie par la « Chicha » (boisson fermentée de maïs) et la cachexie palustre.

Les fièvres éruptives, coqueluche, rougeole et scarlatine ne sont pas rares.

Une dermatose propre à l'Amérique Tropicale qui s'appelle Carate ou Pinta est très répandue dans certains départements (Huila, Tolima, Cauca), cette dermatose qui, au point de vue clinique se présente sous la forme de taches généralement symétriques de couleur variable (rouge, jaune, bleue, violette) a une grande ressemblance avec le vitiligo et en dehors de ses caractères disgracieux, n'a aucune répercussion sur l'organisme, car elles ne produisent même pas de prurit.

La espundia, de grande ressemblance avec la leishmaniose américaine qui diffère par la gravité de la première, se rencontre dans certains endroits chauds et humides; généralement elle commence par les membres inférieurs; le traitement stibié se montre incapable dans les cas avancés et alors l'amputation du membre s'impose.

Enfin, la lèpre, contre laquelle la Colombie a déployée tous les moyens d'attaque; comme témoignage à cette patriotique lutte, nous offrons cet insuffisant travail, tiré des renseignements et documents que nous avons centralisés et étudiés, grâce à de précieux concours et malgré la distance qui nous sépare de notre pays.

HISTOIRE DE LA LÈPRE EN COLOMBIE

L'histoire de la lèpre en Colombie, comme du reste dans toute l'Amérique, est une question qui se prête encore à controverses.

Les civilisations primitives de l'Amérique en partant de la plus avancée, celle des Aztèques au Mexique, celle des Incas au Pérou et celle des Chibchas de la Colombie, n'ont pas laissé la preuve de l'existence de la terrible maladie.

L'hypothèse la plus acceptable et la plus logique, semble celle que la maladie a été apportée au Nouveau Monde au temps de la colonisation, par les Espagnols et aussi avec l'introduction dans le pays, du grand nombre de nègres de l'Afrique, amenés par les colonisateurs pour l'exploitation des mines.

Virchou suggère l'idée que ladite maladie existait dans l'Amérique au moment de la colonisation, en se basant sur l'observation des figures statuaires faites en boue par les Indiens; ces figures qui représentaient des sujets humains, portaient des amputations du nez, des oreilles, des doigts et semblent vraiment reproduire les lésions mutilantes laissées par la lèpre; mais à cette hypothèse du savant Virchou, s'oppose

celle de l'histoire qui raconte que les primitifs employaient des punitions barbares, telles que l'amputation des organes plus haut cités.

Une autre preuve qui vient corroborer celle de l'histoire, est celle que dans tous les dialectes indigènes on trouvait des vocabulaires pour désigner différentes maladies connues empiriquement pour leur fréquence par les Indiens, ces maladies étaient la fièvre, la pleurésie, les ulcères des membres, le carate, dermatose de laquelle nous avons déjà parlé, et que, pour désigner la lèpre, il n'existait pas de vocable.

En enfin, même aujourd'hui, nous ne voyons pas de lèpre chez les quelques Indiens purs qu'on trouve encore à l'état primitif dans quelques contrées du pays; Indiens qui habitent les parties froides et sont les reliquaires des anciennes tribus précolombiennes.

C'était à Cartagena, principal port à ce moment de l'Amérique méridionale, que se faisait en grand le commerce de nègres; les bateaux provenant de l'Afrique, débarquaient des nègres par centaines et il est indiscutable qu'avec cette traite de nègres sans choix ni examen médical, il devait y avoir beaucoup d'individus atteints de lèpre, augmentant ainsi les cas de maladie.

De Cartagena qui était le foyer, la maladie se propagea vers l'intérieur au fur et à mesure que la facilité des communications le permettait.

Le premier cas de lèpre constaté chez les colonisateurs, resta célèbre dans l'histoire, car il s'agissait du conquistador et fondateur de la capitale de Colombie, c'était Gonzalo Jiménez de Quesada.

Il faut aussi tenir présent qu'à ce moment la clinique des maladies tropicales n'était pas aussi avancée qu'à l'heure actuelle et qu'il était difficile de faire un diagnostic différentiel entre les dermatoses, carates, lèpre, et la syphilis qui, sous les tropiques, se présente assez floride, sans oublier la espundia et les leishmanioses.

LUTTE CONTRE LA LÈPRE

Malgré les vicissitudes révolutionnaires propres aux pays nouveaux, la Colombie parmi les pays du monde, occupe une première place dans la constante lutte contre le fléau qui a pour cause le bacille de Hansen.

Mais avant de parler de cette lutte, divisons-là en deux parties : gouvernementale et scientifique.

efforts des gouvernements

On pourrait dire que la lutte contre la lèpre a commencé au même moment que la maladie se présentait. Le premier hôpital pour les lépreux fut fondé en 1772, dans la ville de Cartagena, et en 1791 fut transféré dans une petite île tout près de cette ville : Tierra Bomba. C'est là où se construisit la léproserie Caño de Loro, léproserie qui existe encore et qui forme aujourd'hui avec celle de Contratacion (dans le département de Santander del Sur) et celle de Agua de Dios (dans le département de Cundinamarca), les trois léproseries à la façon de colonies agricoles existantes dans le pays.

Par les décrets du 21 février et du 21 décembre 1835, le Gouvernement avait ordonné l'isolement de tous les individus atteints de lèpre, mais la loi de 1890 permettait aux malades aisés de vivre chez eux à condition de rester isolés dans leurs domiciles.

Les lois de 1905, 1918 et 1927, en plus d'imposer quelques règles obligatoires de prophylaxie, supprima la faculté faite aux lépreux aisés et ordonne pour tous les lépreux sans exception, l'internement dans une des trois léproseries : en même temps, le gouvernement s'engagea à assurer une pension mensuelle à chaque malade; à prendre à sa charge les enfants des lépreux et, pour ces enfants, ordonna la construction d'un asile par la loi de 1918.

La déclaration obligatoire de la maladie, sous peine d'une amende, par tous les médecins et aussi par les habitants qui soupçonnaient ou qui savaient la maladie chez quelqu'un.

La loi de septembre 1926 et le décret de février 1929, ordonnent le recensement des lépreux en créant pour cette mission des multiples commissions de médecins compétents, fonctionnant dans les 14 départements et comisaries divisant politiquement le pays; ces commissions, qui sont sous la dépendance de la Direction Générale des Lazarets, ont les charges suivantes :

a) Examiner cliniquement et bactériologiquement

toutes les personnes auxquels on soupçonne la maladie;

b) Faire les statistiques des malades et noter le degré d'hygiène et conditions dans lesquelles vivent les malades.

c) Faire les observations qu'ils croient convenir, étudier les causes prédisposantes, donner les règles d'hygiène qu'ils croient appropriées.

La Résolution N° 34 de 1929 réglemente l'examen des malades lépreux considérés comme non dangereux pour habiter en dehors des léproseries à cause du traitement qu'ils ont suivi. Tels malades seront mis en observation les examens clinique et bactériologique doivent être négatifs ces observations et examens sont faits par les médecins-chefs de la léproserie et seulement par eux.

Cette observation prélibertaire dure six mois et comptera de la date du premier examen fait par les médecins-chefs.

Tous les trois mois il leur sera fait lesdits examens et on laissera constance d'eux.

Le temps d'observation fini, les médecins de la léproserie décideront, selon les examens antérieurs, si le malade doit rester ou se retirer définitivement de la léproserie.

L'article 13 de la même résolution établit que les malades auxquels fait référence cette résolution, et

qui seront déclarés comme non dangereux, c'est-à-dire cliniquement guéris, soient mis en liberté, mais avec une garantie de la part des sortants par laquelle ils s'engagent à se faire examiner cliniquement et bactériologiquement tous les six mois par les médecins officiels et au cas où une rechute de la maladie se présenterait, à retourner immédiatement aux léproseries.

La loi N° 32 de novembre 1932 dit continuer d'accord avec les principes universellement acceptés par rapport à la prophylaxie de ladite maladie, en laissant en liberté ceux qui ne présentent plus de danger social et gardant isolés ceux qui sont dangereux.

Les malades que par l'aisance de leur situation et ne présentant pas de danger, peuvent vivre en dehors des léproseries. Après versement d'un cautionnement, on peut les permettre l'isolement à domicile, mais dans les lieux que détermine la Direction Nationale d'Hygiène, pour qu'ils puissent être sous la vigilance de l'autorité sanitaire et que le traitement leur soit obligatoire.

Le malade ne pourra pas vivre où il y a des enfants sains et ne devra pas changer de maison.

Le Département National d'Hygiène fondera des dispensaires antilépreux dans les milieux qu'il croit nécessaire et à ces dispensaires, seront obligés d'aller périodiquement les malades, ainsi que les personnes qui habitent avec eux, pour se faire examiner.

Nous pensons qu'à côté des hôpitaux généraux déjà

établis avec caractère officiel, on pourrait fonder des pavillons spéciaux pour l'hospitalisation et traitement des lépreux dont la situation ne les permet pas de continuer chez eux, le traitement de consolidation.

Un article très intéressant de cette même résolution est celui qui crée la chaire de léprologie dans la Faculté de Médecine, car c'est dans le dépistage et le diagnostic précoce de la maladie, que dépendra en grande partie la réussite du traitement, et, pour que les futurs médecins qui se forment maintenant dans les Facultés du pays, connaissent bien à son début les différents symptômes et modalités de la lèpre, cette chaire s'imposait dans ladite Faculté.

De même, nous croyons que cette chaire serait nécessaire à la Faculté de Pharmacie, car parfois, celui qui se sent malade, ne va pas directement chez le médecin et se contente d'acheter une simple pommade pour une tache ou un bouton qu'il croit banal et qui peut être, s'agit-il d'un commencement de maladie.

Travaux scientifiques nationaux

Si les Pouvoirs publics ont créés des lois et dépensés d'énormes quantités d'argent dans les aménagements, traitements du personnel traitant, médicaments, etc., le personnel scientifique du pays a pris une grande part dans la lutte et il serait injuste de passer inaperçu

ses travaux qui, en même temps qu'ils rendent service à la science, font honneur à notre nation.

Nous les résumerons :

Plusieurs livres, thèses, observations et travaux ont été dédiés par des médecins colombiens à l'étude de la lèpre et ne pouvant pas nous étendre à l'étude de chacun de ces œuvres, avec nos regrets, nous ne faisons qu'en citer quelques-unes : « Etude sur la lèpre en Colombie », par le docteur Castañeda, qui donnait beaucoup de règles prophylactiques et qui a eu l'honneur d'être primée avec 500 pesos par l'Académie de Médecine; les intéressants travaux sur l'anatomie pathologique de la maladie par les docteurs Evaristo García, Nicolás Osorio et Pío Rengifo; « L'étude de la lèpre », par le docteur Tavera, publié à Tunja; les différents travaux du docteur Uribe Angel; le dernier en date, l'œuvre du docteur Montoya y Flórez, publié en 1910, comme hommage de l'auteur aux martyrs de la Patrie dans le premier centenaire, œuvre aussi patriotique que complète, car elle retrace l'histoire de la lèpre en Colombie sous toutes les faces qui s'y rapportent, depuis l'époque de la Conquête jusqu'à l'année de sa publication.

Le grand léprologue colombien Juan de Dios Carrasquilla, délégué du pays à la Conférence Internationale réunie à Berlin en 1897, membre de l'Académie Nationale de Médecine, inspiré par les travaux de Roux et Richet, se voua de tout cœur à l'étude du

bacille et il arriva à préparer le premier sérum contre la lèpre qui lui donna satisfaction en plusieurs cas.

Après de longues et savantes expériences, il arriva en 1899, à faire une culture dans du sérum humain gélatinisé et sous une température de 37° C; après, il le sema dans du bouillon de bœuf alcalinisé avec carbonate de soude et il observa que la même réaction se produisait chez les malades qui avaient été injectés soit avec du sérum des lépreux, soit avec le liquide de culture après avoir été filtré dans le filtre de Kitasato.

Voyons maintenant les travaux sur la biologie du bacille de Hansen, par l'actuel professeur à la Faculté de Médecine de Bogotá, le docteur Federico Lleras Acosta, membre de l'Académie Nationale de Médecine; travail fait en compagnie de son confrère, le docteur Alfonso Rueda.

Le Professeur Lleras Acosta fait une culture du bacille avec de la gélose et bouillon de placenta humain glycérimé et humecté avec une solution de trypsine : de cette culture ou du liquide d'un lépromie riche en bacilles, fait une émulsion avec une solution saline isotonique et à l'ultramicroscope examine une goutte de cette émulsion.

Les bacilles se présentent avec une réfringence extraordinaire et il remarque que chaque bacille est formé de plusieurs granulations ou cocci, 3, 4, 5, à manière de toutes petites chaînettes de streptocoque;

chaque bacille, c'est-à-dire chaque série de petits cocci, est limitée par une matière cireuse qui forme le protoplasme et d'une réfringence moindre que le corps du bacille.

Une patiente observation a démontré que ces bacilles sont doués d'une mobilité et qu'il ne s'agit pas des mouvements browniens, mais des mouvements vrais à rétraction du protoplasme : en conséquence, le Professeur Lleras conclut que le bacille de Hansen est granuleux.

Ce qui le fait dire que la carapace ou protoplasme du bacille est de nature cireuse, c'est qu'il introduit dans la préparation avec une pipette capillaire, une substance solvante des graisses et des cires, telle que l'acétone et ensuite le bacille se désagrège; au fur et à mesure que la cire ou la graisse fond par la matière solvante, le champ microscopique reste envahi par une vraie lacune de substances grasses dissoutes, semées de granulations animées de mouvements.

Avec les cultures, il est arrivé à préparer un antigène méthylique selon la technique de Boquet et Nègre et avec cet antigène, il cherche dans la réaction de déviation du complément, une preuve de l'especificité du bacille.

Le même jour qu'il présenta ce travail à l'Académie Nationale de Médecine, à la séance du 30 mars 1933, il présenta l'observation d'une malade âgée de 25 ans, atteinte de lèpre tuberculeuse et traitée par des injec-

tions d'antigène, accompagnées d'injections d'antivirus par voie intradermique autour des lépromes : deux mois après, la malade allait mieux, mais l'amélioration régressa.

Avant de finir le présent chapitre, il nous faut faire mention par leurs travaux sur la lèpre, des docteurs Carlos Esguerra, du professeur Julio Manrique, qui est venu exprès en Europe pour visiter les léproseries et les moyens prophylactiques qui sont employés dans le vieux Continent : le docteur José Ignacio Chala, qui est l'auteur de la Résolution organique de dispensaires antilépreux en Colombie, après avoir étudié en Hawaï et Carville, l'organisation des léproseries, le docteur Chala est nommé aujourd'hui membre actif de l'Association scientifique de Londres « The International Leprosy Ass ».

STATISTIQUE

En 1772, quand la Colombie était encore un royaume dépendant de la couronne Espagnole et qui comptait les provinces de Quito et Panamá, il y avait à peu près 520 lépreux reconnus comme tels.

Le premier recensement des lépreux au temps de la République date de 1891, et fut fait par le docteur Castañeda, commissionné à cet effet par la « Junta Central de Higiene » ; mais ce recensement ne nous donne pas un chiffre sûr et complet, car dans différentes provinces l'absence du médecin était un obstacle pour arriver à établir une méticuleuse statistique et il arrivait souvent qu'on se rapportait aux renseignements donnés par des profanes.

C'est en 1905 que le gouvernement ordonna aux préfets des départements de faire une statistique officielle et générale des lépreux existants dans le pays. Ce recensement donna un nombre de 4.304, y compris ceux qui étaient isolés dans les trois léproseries : sur ce total de 4.304 lépreux, il y avait 1.658 malades isolés.

Il montra que le plus grand nombre des malades étaient âgés de 30 à 40 ans; par rapport au sexe, 500 unités de plus d'hommes que de femmes et par rapport à la profession, nous citerons en ordre descendant celles qui donnaient le plus de victimes au terrible mal : agriculteurs, domestiques, artisans, vagabonds, mendiants, etc.; ce qui nous fait penser qu'il y aurait une influence de cause alimentaire et hygiénique dans la préparation du terrain; car ces nombreuses victimes : agriculteurs, domestiques, etc., travaillent durement et vivent mal abrités et mal nourris.

Formes de la maladie

Des 3.119 lépreux isolés dans les léproseries de Agua de Dios et Contratación en 1905, nous résumons les tableaux qui montrent les observations par rapport à la forme de lèpre :

Tuberculeuse	Maculeuse	Mixte	Larvée	Incipiente
1.935	759	323	11	91

Tableau qui nous montre que la forme tuberculeuse prédomine.

La population totale de la Colombie selon le recensement fait la même année, était de 4.500.000 habitants et le nombre de lépreux de 4.304, ce qui donne une proportion de 0,956 malades pour 1.000 habitants.

Nous reproduisons ci-dessous le résumé du tableau qui montre le total des lépreux dans les trois léproseries en date du 30 avril 1932 :

DÉPARTEMENTS	NOMBRE DE
	MALADES
Antioquia	152
Atlántico	65
Bolívar	250
Boyacá	1.993
Caldas	295
Cauca	82
Cundinamarca	1.367
Huila	86
Magdalena	30
Nariño	67
Santander del Norte	463
Santander del Sur	2.174
Tolima	152
Valle	115
Chocó	5
Arauca	1
Etrangers	20
Total	7.317

Le tableau antérieur nous montre que les départements les plus atteints sont : Santander del Sur,



Boyacá et Cundinamarca, départements qui, comme on le voit sur la carte, sont limitrophes.

Maintenant, si nous faisons la proportion entre les 7.317 lépreux isolés et les 8.000.000 d'habitants, nous voyons qu'il y a 0,900 lépreux à peu près pour 1.000 habitants, proportion encore bien élevée qui nous fait penser sérieusement à la gravité du problème.

Le tableau suivant nous montre le mouvement de malades dans les trois léproseries du pays, depuis l'année 1909 jusqu'à 1931 :

Années	Agua de Dios	Contración	Caño de Lore	Totaux
1.909	1.876	1.070	85	3.031
1.918	2.597	2.312	169	5.078
1.928	3.471	3.207	458	7.136
1.931	3.864	3.319	371	7.554

Des 7.554 malades isolés en 1931, diminuons ceux qui sont morts et ceux considérés comme guéris et il nous restera les 7.317 malades que le tableau du 30 avril nous montre.

PROPHYLAXIE

En présence de l'abondance de lépreux sur le territoire et des hypothèses bien contradictoires au sujet de la contamination, les gouvernements colombiens ont voulu garantir, dans la mesure du possible, la santé des habitants.

Il a fallu promulguer des lois et décrets, involontairement inhumains comme celui de l'isolement des malades dans les trois léproseries qui existent à la façon de colonies agricoles :

Agua de Dios

Est la principale des trois léproseries par ses installations hygiéniques, hôpitaux et même par les eaux thermales sulfureuses radioactives qui y naissent.

C'est une ville pittoresque, composée de 150 maisons à peu près et plusieurs fermes : le climat est sain mais sa température moyenne qui est de 29° C., monte jusqu'à 35° C. dans la saison chaude, son niveau par rapport à celui de la mer, est de 390 mètres.

Les maisons sont construites selon le style colonial et les nombreux jardins qui les entourent, donnent à

la ville une gaité propice pour les malheureux qui l'habitent; dans sa visite à la ville des lépreux, le Professeur français Roger a dit : « Agua de Dios est une jolie petite ville, claire, gaie, souriante ».

Cette petite ville renferme quatre hôpitaux : « Boyacá », « San Rafael », « Carrasquilla » en honneur du grand léprologue colombien, et le nouvel hôpital « Herrera Restrepo » qui porte le nom de l'ancien Directeur des léproseries, nom bien mérité, car le docteur Herrera Restrepo a su par son altruisme, dans l'intérêt de l'hygiène et commodité des léproseries, graver son nom dans les cœurs des malades et gagner l'admiration de ses concitoyens.

Les hôpitaux sont munis de salles d'opération, laboratoires, maternité et salle d'autopsie pour l'étude anatomo-pathologique de la maladie.

Un asile « Las Mercedes » pour les jeunes filles malades, un autre pour les garçons, deux écoles, une bibliothèque, un théâtre-cinéma, une église, mairie, prison et un bureau de désinfection pour la correspondance qui sort de la léproserie, correspondance qui est exempte de taxe.

Une maison confortable pour le personnel médical, de nombreuses boutiques et un marché qui se tient tous les huit jours sur la place publique où les commerçants du dehors viennent vendre les articles nécessaires aux habitants d'Agua de Dios.

Les principales critiques que le professeur Jeanselme, dans son intéressant livre « La lèpre », adresse à la lutte contre la lèpre en Colombie sont : « L'absence d'isolement des enfants issus de lépreux ; le grand nombre de sujets sains qui vivent dans les léproseries sans profit pour les malades, enfin le défaut de lieux de traitement pour les lépreux en liberté ».

En vérité, l'isolement des enfants issus de lépreux, devrait se faire dans les léproseries de même qu'on fait en France dans les maternités avec les enfants nés des mères tuberculeuses, mesure qui a donné de très intéressants résultats.

Pour les malades qui sont en liberté ou plutôt pour ceux qui sont sortis avec la carte de guérison, il existe déjà des dispensaires dans différentes capitales de départements.

Il y a beaucoup de malades qui vivent avec leurs parents sains et malgré cet état de vie mêlée, les cas de contamination sont rares si l'on observe toujours les règles hygiéniques. Le mariage entre malades est permis et l'on voit des mariages non seulement entre malades, mais aussi entre lépreux et sains.

Nous pensons avec le professeur Jeanselme que cet état constant de promiscuité entre sains et lépreux, malgré la rareté des cas de contamination observés, doit être réduit le plus possible, car des circonstances

pécuniaires n'en permettent pas toujours la suppression totale.

La monnaie qui circule dans les trois léproseries s'appelle « Coscoja », elle est en nickel et n'a de valeur que dans le périmètre des léproseries; on a fait cette monnaie spéciale par mesure prophylactique, évitant ainsi que les billets et pièces de la monnaie nationale ne passent entre les mains des malades. Cette monnaie est changée à la sortie des léproseries dans les bureaux installés à cet effet.

Contratacion

La deuxième en importance, fondée en 1861 dans le département de Santander del Sur, est située dans une petite vallée dont la température moyenne est de 19° C.; ses terres se prêtent beaucoup à la culture de café, banane, maïs et canne à sucre; des eaux très pures qui naissent dans la montagne, parcourent la vallée.

370 petites maisons à peu près constituent la ville, parmi lesquelles il y a 13 immeubles du gouvernement.

Deux hôpitaux « Don Bosco » et « Mazzarelló », et l'asile « Guadalupe » pour des jeunes filles. On construit maintenant un aqueduc; et en plus le gouvernement veut ajouter à la léproserie de Contratación,

un terrain proche de la léproserie qui, par la fertilité de ses terres, deviendrait une vraie colonie agricole.

Dans cette léproserie, il existe aussi, quoique plus réduites les quelques commodités que nous avons cité dans la léproserie d'Agua de Dios.

Pour la direction morale et religieuse, les Pères Salesiens en sont chargés.

Cano de Loro

Située dans une île de la mer des Antilles, dans la partie orientale de l'île Codego ou Tierra Bomba, tout près de la ville de Cartagena.

C'est la plus ancienne des trois léproseries, car elle date des temps de la colonisation; malgré son ancienneté, c'est la moindre en importance, car les gouvernements ont hésité au sujet de son développement ou de sa suppression. C'est une île qui manque d'eau potable, car les eaux sont extraites des puits, grand inconvénient pour un établissement où l'hygiène doit être la première condition.

Il y a maintenant l'hôpital « San José » avec places pour 70 malades et 40 maisons appartenant au gouvernement.

Dispensaires

D'accord avec l'article 6 du décret en 4 août 1932, il est prévu la création de dispensaires antilépreux

hors des léproseries dans les départements et régions les plus atteints de lèpre pour le traitement et surveillance des malades isolés dans leurs domiciles et qui sont sortis avec sa carte de guérison, mais qui sont obligés d'un traitement de consolidation et de se faire examiner périodiquement.

Il en existe déjà plusieurs dans différents départements et le premier en date, installé à Cali, fonctionne depuis sa fondation avec un grand succès.

Pour donner une idée de la façon dont le gouvernement colombien lutte contre la lèpre, lisons le tableau qui correspond à l'année 1932. Nous y voyons que presque les trois quarts du budget assigné au Département National d'Hygiène, sont employés seulement dans la branche de la lèpre et que sur les 75 % affectés aux léproseries, 52 % vont aux malades à titre de mensualités, pour leur entretien personnel :

Hygiène générale

Lutte contre (Tuberculose, Paludisme, etc.)	}	25,10 %
Vaccine		
Protection de l'enfance		
Hygiène des ports		
Etc.		

Léproseries

Mensualités aux malades ...	52,02 %	} 74,90 %
Employés		
Drogues		
Désinfection		
Entretien des édifices pu-	} 22,08 %	
bliques		
Linge		
Etc.		

Comme tous les lépreux, riches ou pauvres, reçoivent la pension mensuelle pour leur entretien quotidien, il serait désirable que les malades nécessiteux la reçoivent seuls. L'argent économisé en supprimant la pension versée aux malades riches, serait employé à l'amélioration de l'hygiène des habitations des lépreux pauvres.

Par les statistiques que nous venons de passer en revue, il semble que l'isolement dans les trois léproseries ne donne pas le résultat idéal dans la lutte contre la maladie, car, dans lesdites léproseries habitent en communauté des malades et des sains; par conséquent, l'installation des dispensaires dans les chefs-lieux des départements, au moins dans ceux qui sont les plus touchés par cette maladie, produirait les meilleurs résultats, en obligeant certaines pres-

criptions de prophylaxie touchant à leur personne et à ceux qui les entourent.

La méthode des dispensaires est pratique pour la commodité des malades qui facilement peuvent se déplacer jusqu'au chef-lieu du département qu'ils habitent, pour se faire soigner, car ce qu'ils craignent, ce n'est pas le traitement, mais l'isolement dans les léproseries.

Naturellement, les empêcher d'avoir leurs enfants avec eux.

A cette question de dispensaires peut se poser l'objection suivante : le dispensaire est très bien pour ceux qui ont leur maison ou qui ont de petites ressources, mais insuffisants pour les malheureux qui n'ont ni famille et dont l'unique n'est que la maladie qui les empêche de travailler.

Il faudrait alors un hôpital-dispensaire et qu'ils puissent vivre dans cet hôpital avec l'hygiène et les soins que leur état de santé demande.

L'interdiction d'exercer certaines professions, spécialement celles qui se rapportent à la nourriture des gens sains, doit rester inchangeable.

Puisque c'est un isolement à domicile, les malades doivent être sous la vigilance de l'autorité sanitaire et ne doivent pas assister aux réunions (offices d'église, théâtre, etc.) où se trouvent des individus sains.

En résumé, donner à chaque malade un livre de

conseils où se trouvent toutes les règles d'hygiène indispensables à leur état et les obliger à les suivre, sous peine de sanctions correctionnelles.

Parmi ces prescriptions d'hygiène le régime alimentaire est d'une première importance pour le malade. Des nombreux auteurs qui conseillent un strict régime donnant des résultats merveilleux, nous trouvons les intéressantes observations du docteur Paul Ferrier (de Rabat), présentées dans un communiqué à la Société de Pathologie Exotique, sous le titre de : « Traitement Physiologique de la lèpre ».

L'auteur conseille trois repas par jour : le premier, aussitôt que possible, le matin; le second, à midi, et le troisième, au moins 7 heures après la fin du second; une demi-heure avant chaque repas, boire un verre d'eau à bicarbonate de chaux, non gazeuse de préférence.

L'ingestion d'eau avant les repas a pour but d'obtenir une évacuation de l'estomac avant l'ingestion d'un nouveau repas, évitant ainsi la fermentation produite par les acides des restes du repas antérieur avec le nouveau.

Aliments à proscrire: à cause de leur acidification facile et rapide : lait, fromages, beurres, graisses, sauces; toute boisson différente à l'eau, sera interdite à l'exception de thé et café.

Les acides quelqu'ils soient seront supprimés; ni

citron, ni vinaigre, ni oranges, ni aucun fruit semblable aux précédents en acidité.

Les aliments à prescrire sont les albuminoïdes, de même que pour le régime des tuberculeux, ils doivent constituer la plus grande partie du repas; les œufs, la viande maigre, le poisson, les légumes verts et frais à l'exception de navets, carottes, topinambours; les pommes de terre et le riz sont à conseiller.

Il serait intéressant de propager chez les gens du peuple l'habitude de se chausser, car des petites écorchures, même insignifiantes qui se voient chez les indigènes qui marchent à pieds nus, peuvent donner prise non seulement au tétanos, anquilostomiase, mais aussi à la lèpre, comme l'a observé le docteur Enrique Gómez au Pérou, chez les gens pauvres qui, par absence de chaussures, présentaient dans les talons, des fissures qui pouvaient faciliter l'entrée du bacille; il constata que chez ces malades, la lèpre commençait fréquemment par les pieds et les jambes.

En même temps que cette prescription de vivre chaussé, devrait se faire la lutte contre les insectes (puces, punaises, chiques, poux), car bien qu'il ne soit pas encore démontré que ces animaux sont un moyen de transmission de la maladie, il y a eu des auteurs qui ont trouvés des bacilles de Hansen dans ces parasites si familiers chez les gens malpropres.

Empêcher également que les malades crachent par

terre, en employant des crachoirs contenant des solutions formolées, phéniquées, etc.

Laver les planchers des habitations avec des chiffons mouillés dans une solution javalisée et non balayer à sec, évitant ainsi la formation et la dispersion des poussières.

Que le linge des malades soit bouilli et leur soit tout à fait personnel, de même que les objets dont ils se servent pour boire, manger, etc.

Les règles de prophylaxie données par plusieurs médecins et, parmi ceux du pays, celles du docteur Montoya Flórez, ont été très étudiées et paraissent très complètes.

A titre de renseignement sur l'intérêt que porte le gouvernement à la lutte contre la lèpre, nous allons reproduire ici, le tableau récapitulatif des dépenses faites dans l'année 1935 par le Département National d'Hygiène, tableau extrait de la revue publiée par le Ministère des Finances.

Hygiène générale (Personnel et matériel)	381.616 »
Dépenses générales	27.732,68
Institut National d'Hygiène Sampedro et Martinez	98.750,33
Assistance publique	172.308 »
Léproserie (Personnel et matériel)	1.553.862,20
Total	\$ 2.234.269,21

C'est-à-dire que sur \$ 2.234.269,21 dépensés par le Département National d'Hygiène pendant l'année 1935, 1.553.862,21 pesos colombiens, ont été affectés à la maladie de la lèpre.

TRAITEMENT

Après avoir essayé tous les moyens thérapeutiques que la science médicale est arrivé à mettre dans les mains des léprologues, avec plus ou moins de réussite jusqu'à la découverte du Chaulmoogra, le traitement classique d'aujourd'hui, les efforts pour combattre la maladie dans le pays, n'ont pas cessés et nous passerons en revue les traitements qui ont été employés.

Le sérum antilépreux (le premier dans son genre), du léprologue Carrasquilla, fut employé pendant quelques années avec des résultats indistinctement variables; on voyait dans quelques cas des améliorations mais pas de guérisons. D'autres expérimentateurs comme Hallopeau n'ont obtenu aucun résultat.

Le traitement arsénical, le salicylate de méthyle, l'iodure de potassium, l'acide phénique injecté sous forme de solution au 2 % dans les tubercules.

L'otoba, graisse végétale extraite d'une annonacée des pays chauds (*Mirystica Otoba*) qui produit un merveilleux effet dans le traitement de la Gale, était employée sous forme de frictions et aussi de pilules.

Après, vient le traitement par les acides gras du Chaulmoogra, qui sont employés mondialement et qui est le traitement aujourd'hui employé en Colombie avec des résultats très encourageants.

La communication de 121 malades traités pendant une année par les éthers éthyliques des acides gras de l'huile de Chaulmoogra, par les docteurs Parra et Santos dans les léproseries de Colombie, communication présentée à Berlin, dans la Troisième Conférence Internationale de la lèpre, nous incite à avoir des grands espoirs dans ce traitement reconnu dans tout le Monde, sinon comme spécifique, au moins comme un des meilleurs.

Suivant les travaux de Hollmann, Dean et MacDonal à Honolulu, les chimistes colombiens Dres, Lleraz Codazzi et Barriga Villalba, se mirent à l'œuvre et arrivèrent à préparer dans leurs laboratoires, un mélange des éthers éthyliques, que les docteurs Ricardo Parra et Jorge Santos employèrent en avril 1922 sur un grand nombre de malades.

Avec des doses comprises entre 1 et 15 centicubes en injections intra-musculaires avec des intervalles d'une semaine, ils ont observé pas mal d'améliorations dans les formes nodulaires et nerveuses, mais peu de succès dans la forme complète ou mixte.

Ils ont remarqué aussi que le même traitement dans les cas non avancés, se montrait profitable ou

nul, dans les états où la maladie était plus avancée ou proche de la cachexie, donnait un coup de fouet à la maladie en donnant une aggravation rapide.

Le résumé de ces observations est le suivant :

Cas d'amélioration très marquée.....	43
Cas d'amélioration appréciable	57
Aucun résultat	20
Guérison	0

D'où se dégage l'importance pour la réussite du traitement, d'un diagnostic précoce de la maladie.

Le 9 mars 1930, on a mis en liberté un premier groupe d'onze malades considérés comme guéris dans la léproserie d'Agua de Dios, car, après quelques années de traitement par les éthers éthyliques des acides gras de Chaulmoogra, les examens clinique et bactériologique étaient totalement négatifs.

Dans la même année, on a libéré trois groupes de plus et dans les années postérieures, les guérisons par le Chaulmoogra ont continuées.

Le léprologue Aarón Benchetrit, docteur des Facultés de Paris et Caracas, appelé en 1927 par plusieurs départements pour traiter les malades desdits départements, a obtenu de très bons résultats, car, jusqu'au mois de juillet 1935, il avait donné comme guéris socialement 212 patients et en avait en observation, prêts à être libérés dans la même année, 144 de plus.

Le docteur Benchetrit qui est déjà bien connu dans la branche médicale de la léprologie, applique le traitement par les éthers éthyliques, en soumettant préalablement les malades à un régime alimentaire approprié et à une rigoureuse hygiène personnelle. Parmi ses guérisons, il compte des malades atteints de lèpre depuis plusieurs années.

Nous signalons en passant notre admiration pour le docteur Benchetrit, que ses grands succès dans le traitement de la lèpre et l'intéressante revue « Archives de Lepre » dont il est le directeur, revue dédiée à tout ce qui se rapporte avec la maladie de Hansen, ont mis au premier rang des grands combattants de ce terrible fléau.

Il existe également maintenant le vaccin antilépreux de Vaudremer lequel, étant donné sa récente découverte n'a pas encore été employé en Colombie, mais qui, d'après les satisfaisants résultats obtenus par Sézary, Touraine, Ribadeau Dumas, etc., montre un horizon plein d'espoir dans le domaine du traitement de cette terrible maladie des pays tropicaux, contre laquelle presque toutes les thérapeutiques ont échoués.

Les émulsions sont recueillies en ballons et subissent immédiatement l'action de la teinture d'iode fraîche. Les ballons sont fréquemment agités pendant les premières vingt-quatre heures et après cinq jours

de contact on procède aux ensemencements de contrôle. Ceux-ci sont examinés deux fois par semaine et maintenus en observation pendant trois mois.

Au bout de ce temps, les contrôles étant négatifs, les émulsions sont neutralisées par l'hyposulfite de sodium, mélangées et diluées en allonge dans quatre litres de sérum physiologique : chaque centicube contient 50 millions de germes.

Le mode d'emploi est par injections intra-musculaires, deux par semaine, sans dépasser 12 par série.

Le traitement par le bleu de méthylène, employé, semble-t-il, avec succès en Indochine, nous ignorons s'il a été expérimenté en Colombie.

CONCLUSIONS

Malgré la constante lutte que le gouvernement colombien a déployée contre la lèpre, la maladie continue à sévir dans le pays, car 7.317 lépreux isolés pour 8.000.000 d'habitants est une proportion assez considérable.

En matière de prophylaxie des malades, on doit veiller à la nourriture et aux habitations des malades indigents et obliger tous les malades à suivre, dans leurs demeures respectives, les règles d'hygiène données dans les léproseries et dispensaires.

La réalisation rapide des dispensaires dans toutes les capitales des départements; au moins dans celles de ceux qui sont plus infestés.

Obliger les malades qui sont libérés après guérison, à venir dans ces établissements avec fréquence pour suivre le traitement de consolidation et les examens qui sont nécessaires pour éviter la récurrence.

Ces dispensaires devront être munis de laboratoires et dirigés par des médecins capables, sinon spécialisés dans la matière.

La séparation dès la naissance, des enfants nés de parents lépreux, ainsi qu'on le fait pour les enfants nés de mères tuberculeuses.

Supprimer les pensions aux malades aisés pour

améliorer le régime alimentaire et la façon de vivre des malades nécessiteux.

Encourager chez le peuple, par des moyens de propagande spéciale, en le frappant par des tableaux, affiches dans les écoles et dans les endroits publics, conférences publiques si possible avec des projections cinématographiques, montrant ainsi le danger de marcher à pied nu, en lui faisant voir les différentes maladies capables de pénétrer par la peau; en résumé, lui montrer les avantages de vivre chaussé.

Mais en plus de cette propagande d'hygiène, il faut que le gouvernement résolve le problème de mettre à la disposition du peuple, des chaussures à bon marché. De même qu'on fabrique des pantoufles dans les prisons, on devrait fabriquer des chaussures à des prix abordables pour les gens pauvres.

Aussi, montrer au peuple le danger que présentent les insectes familiers (poux, punaises, chiques et mouches) dont la transmission de différentes maladies et par conséquent lui faire voir l'intérêt qui existe dans leur destruction.

Vu : *Le Doyen,*
ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*
TANON

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

CARRASQUILLA. — Communication sur la sérothérapie de la lèpre à l'Académie Nationale de Médecine de Bogotá.

MONTOYA y FLOREZ. — *Contribucion al estudio de la lepra en Colombia.*

MONTOYA y FLOREZ. — *Prophylaxis de la lepra en Colombia.*

JEANSELME. — *La lèpre.*

J. DARIER. — *Précis de Dermatologie.*

LE DANTEC. — *Pathologie Exotique.*

BENCHETRIT. — *Archivos de lepra.*

ALF. MIRANDA. — *Traitement de la lèpre.* (Thèse.)

A. TARAZONA. — *La lutte antilépreuse en Amérique du Sud.* (Thèse.)

3^e Conférence Internationale de la Lèpre.

The Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 1926.

Concours Médical. — N^o 1 (janvier 1933).

Repertorio Med. y Cirj. — 1916.

La Presse Médicale. — Avril 1931.

Les fichiers du *Monde Médical.*

GOUGEROT. — *La Dermatologie en clientèle.*

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	11
Géographie	12
Principales maladies du pays	15
Histoire de la lèpre en Colombie	18
Lutte contre la lèpre	21
Statistiques	30
Prophylaxie	35
Traitement	47
Conclusions	53
Bibliographie	55

